

鎌倉市1か月児健康診査費補助金申請書

太枠内を記入してください

市
使用欄

(宛先)

年 月 日

鎌倉市長様

〒

住所

申請者
(保護者)

氏名

電話番号

関係書類を添えて、1か月児健康診査費の補助金の交付を申請します。
なお、補助金の交付決定にあたり、必要があるときは、鎌倉市が住民票記載事項について
確認すること及び領収書の内容等について、医療機関等に確認することに同意します。

受診児	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
	氏名			
受診日 ※申請期限は受診日 から1年以内	年 月 日			
申請理由 (いずれかに✓)	☐ 医療機関で補助券が利用できなかったため			【申請金額】 円
	☐ 1か月児健康診査費が補助券記載額に満たなかったため			
☐ その他 ()				

該当
・
非該当

対象
・
非対象

【振込先口座情報】

金融機関名		口座名義（カタカナ）					
	銀行 金庫 組合						
支店名		預金種別（いずれかに✓）	口座番号（右詰めで記入）				
	本店 支店 出張所	☐ 普通 ☐ 当座					

【添付書類】

確認して
チェック

- (1) 1か月児健康診査に係る領収書、健康診査費用を確認できる書類
(内訳がわかる診療明細書等が発行されていれば、領収書と併せてその写しも添付)

☐
- (2) 母子健康手帳（1か月児健康診査の実施が確認できる書類）の写し

☐
- (3) 補助券

☐

市使用欄

受付印	A 申請額	領収書	B 補助額	→ A・Bのいずれか≦ 補助決定額 円
		適	3,000	
	円	不適	円	